



# PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM SUCESSO DO SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

## NOTA DE EMPENHO

C.N.P.J 80.874.100/0001-86

Nº DO EMPENHO/TIPO

001700/2022 Ordinário

DATA EMISSÃO

17.05.22

ÓRGÃO 07 DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
 UNIDADE 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE 10.301.0007  
 DOTAÇÃO 10.301.0007.2015 ATIVIDADES OPERACIONAIS DO FUNDO MUNI Nº CONTA  
 3.3.90.14.14.01.00 SERVIDORES EFETIVOS 00143|00755

CREDOR PAULO SERGIO DO CARMO 029.196.079-01 04419  
 ENDEREÇO RUA SOLDADO JOÃO GOMES ROSA 584 CENTRO CIDADE  
 MARMELEIRO PR

LICITAÇÃO	NÚMERO	CONVÊNIO	CONTRATO	EMISSÃO	VENCIMENTO
Dispensa por Limit					

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
30.000,00	17.900,00	150,00	17.750,00

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO		VALOR TOTAL
1,00	Refere-se a despesa com 1/2 diária de viagem p/ Cascavel-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, com veículo oficial, para transporte de paciente ao Hospital UOPECCAN.	150,00	150,00
TOTAL DAS RETENÇÕES:			

FONTE DE RECURSO	TOTAL LÍQUIDO
494 Bloco de Custeio das Ações e Serviços	150,00

NOME DO PROJETO/ATIVIDADE

EMITIDO	VISTO	AUTORIZO A DESPESA
 RAIELI AVILA	FERNANDA DE OLIVEIRA DAMBROS	NILSON ANTONIO FEVERSANI
DIV. ASS. CONTABILIDADE	CONTADOR	PREFEITO MUNICIPAL

ORDEN DE PAGAMENTO	RECIBO R\$
PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO, PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.	DECLARO (AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI (EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOU (AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO.
18 DE 05 DE 22  MATEUS DALLAGNOL - FINANÇAS	____ DE ____ DE ____ CREDOR

BANCO	ANOTAÇÕES
Nº CHEQUE Nº DA CONTA	

# RECIBO

VALOR BRUTO \_\_\_\_\_ 150,00 \_\_\_\_\_  
VALOR LÍQUIDO \_\_\_\_\_ 150,00 \_\_\_\_\_

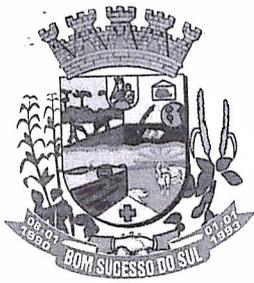
Recebi da Prefeitura Municipal de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, sita a Rua Cândido Merlo, 290, CNPJ 80.874.100/0001-86, o valor de R\$= 150,00(Cento e cinquenta reais).

REFERENTE: a 1/2 diária de viagem, para Cascavel-PR, a serviço do Departamento Municipal de Saúde, para transporte de pacientes ao Hospital UOPECCAN, com veículo oficial.

Bom Sucesso do Sul, 18 de maio de 2022.

---

PAULO SÉRGIO DO CARMO  
CPF/MF 029.196.079-01



# Município de Bom Sucesso do Sul

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ 80.874.100/0001-86

## MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL – ESTADO DO PARANÁ PORTARIA Nº 144, DE 17 DE MAIO DE 2022.

Concede diária ao senhor Paulo Sergio do Carmo, e dá outras providencias.

O Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, no uso das suas atribuições e com fundamento na Lei nº 1.501 de 16 de abril de 2020:

### RESOLVE

**Art. 1º** Conceder ao **servidor Paulo Sergio do Carmo**, ocupante do cargo efetivo de motorista, inscrito no CPF nº 029.196.079-01, 1/2 (meia) diária de viagem, para o dia 18 de maio de 2022, para a Cidade de Cascavel – PR., com veículo oficial, para transporte de pacientes, até o Hospital do Câncer UOPPECAN.

**Art. 2º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito do Município de Bom Sucesso do Sul, Estado do Paraná, em 17 de maio de 2022.

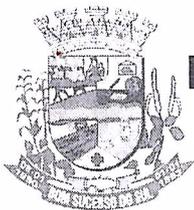
  
**NILSON ANTONIO FEVERSANI**  
**PREFEITO**

Publicado em: 18/05/22

Edição nº: 2520

Página: 62

Órgão Diário Eletrônico



**MUNICÍPIO DE BOM SUCESSO DO SUL – PR**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CNPJ 08.842.588/0001-32**

Bom Sucesso do Sul, 17 de MAIO de 2022

**SOLICITAÇÃO DE VIAGEM**

**DADOS DO SOLICITANTE**

Nome: Paulo Sergio do Carmo  
Órgão de Lotação: Departamento de Saúde

Matrícula: 6122.1  
Cargo: Motorista

**ACOMPANHANTES**

JOÃO MORAES

**DADOS DA VIAGEM**

Data da Viagem: saída dia 18/05 às 03h00 e retorno no dia 18/05 às 16h00.

Destino: CASCAVEL – PR;

Valor de diárias: ½ diária (R\$150,00);

Transporte utilizado: Renault Sandero Expression;

Finalidade da viagem: Transporte de paciente(s) e acompanhante(s);

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: HOSPITAL DO CÂNCER UOPPECAN

Dotação Orçamentária

Liberação Orçamentária

Declaro estar ciente das normas previstas na Lei Municipal nº 1.501, de 16 de abril de 2020, que aprova o regimento das diárias. Declaro também e para todos os fins que são verídicas as informações prestadas, sem rasuras, nesta solicitação de diária e me responsabilizo por eventuais equívocos e omissões, sendo que autorizo o desconto em folha de pagamento de eventuais créditos não gastos e não ressarcidos ao erário.

Informações Complementares:

Bom Sucesso do Sul, 17/05/2022

Assinatura do solicitante: Paulo S. do Carmo

( ) Autorizado ( ) Não autorizado

Prefeito Municipal, Nilson Antônio Feversani

Salliane Pegoraro  
Salliane Pegoraro  
Secretária do Departamento de Saúde

IMPRIMIR

FECHAR



**2ª Via - Comprovante de Remessa de TED**  
via GovConta Caixa

<b>Tipo de TED:</b>	Terceiros
<b>Nome:</b>	PR 410322 FMS CT SUSCUSTEIO
<b>Conta Origem:</b>	0602/006/00624061-7
<b>Tipo de Conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de Pessoa:</b>	Jurídica
<b>CPF/CNPJ:</b>	08.842.588/0001-32

<b>Banco:</b>	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.
<b>Conta Destino:</b>	4342/00000005524-7
<b>Tipo de Conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de Pessoa:</b>	Física
<b>Nome do Destinatário:</b>	PAULO SERGIO DO CARMO
<b>CPF/CNPJ Destinatário:</b>	029.196.079-01
<b>Valor:</b>	R\$ 150,00
<b>Valor da Tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	00010 - Crédito em Conta
<b>Identificação da Operação:</b>	PAGTO DIARIA PAULO C
<b>Histórico:</b>	TED

<b>Data de Débito:</b>	18/05/2022
<b>Data da Operação:</b>	18/05/2022
<b>Código da Operação:</b>	00152951
<b>Chave de Segurança:</b>	372S1267K5RPCQJW
<b>Operação realizada com sucesso.</b>	

**ANEXO IV DA LEI MUNICIPAL Nº 1.501/2020**

**RELATÓRIO DE VIAGEM**

**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO – UTILIZAÇÃO DE DIÁRIAS**

Lei Municipal nº 1.501/2020

**1. Identificação**

**Órgão:** Prefeitura Municipal de Bom Sucesso do Sul

**Unidade Administrativa:** Departamento de Saúde

**Nome do Servidor Beneficiário:** Paulo Sergio do Carmo

**Matrícula:** 6122.1

**N.º do Empenho da Liberação de Diárias:** \_\_\_\_/\_\_\_\_

**2. Destino do Servidor Beneficiário**

**Destino:** Cascavel – PR

**Data de Saída:** 18/05/2022

**Data de Chegada:** 18/05/2022

**3. Justificativa**

Transporte de paciente(s) e acompanhante(s) ao Hospital do Câncer – UOPPECAN.

**4. Valores Solicitados**

**Número de Diárias:** ½

**Valor Unitário da Diária:** R\$ 300,00

**Valor Total das Diárias:** R\$ 150,00

**5. Locomoção** (Informar somente se a viagem foi realizada com veículo oficial)

**Veículo:** Renault Sandero Expression

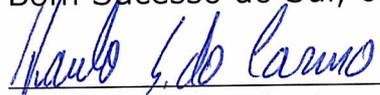
**Frota:** Departamento de Saúde

**6. Canhotos Comprovantes das Viagens de Ônibus ou Avião (colar)**

**7. Certificado ou documento que comprove participação em evento de interesse público ou o serviço prestado, se for o caso (colar).**

É o Relatório.

Bom Sucesso do Sul, 06/06/2022.



**Paulo Sergio do Carmo**  
**Motorista**

Nos termos da Lei nº 1.501/2020, HOMOLOGO o presente Relatório Circunstanciado, e encaminho ao Departamento de Financeiro para que promova seu arquivamento junto ao Protocolo n.º \_\_\_\_/\_\_\_\_, de Empenho, Liquidação e Pagamento.

Bom Sucesso do Sul, 06/06/2022.



**Saliene Pegoraro**  
**Diretora do Departamento de Saúde**

